ARTIGO ORIGINAL

Prevalência da atividade física no tempo livre nas capitais brasileiras

Prevalence of physical activity during leisure time in Brazilian capitals

Rony Carlos Rodrigues Las Casas[1], Regina Tomie Ivata Bernal[2], Elza Machado de Melo[3], Deborah Carvalho Malta[4]

[1] Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. Coordenação das Academias da Cidade. Belo Horioznte, MG – Brasil.
[2] Associação Brasileira de Educação e Tecnologia – FIAP. São Paulo, SP – Brasil.
[3] Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina – FM. Belo Horizonte, MG – Brasil.
[4] UFMG, Escola de Enfermagem. Belo Horizonte, MG – Brasil.

RESUMO

Introdução: no mundo e no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) crescem consideravelmente e as ações de promoção de saúde são as melhores formas de prevenção, destacada pela prática de atividade física (AF) regular. **Objetivo:** descrever a prevalência da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras. **Métodos:** foram analisadas informações do Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), referente ao ano de 2013 em uma amostra de 54.000 adultos nas capitais do Brasil. Foi verificada a prevalência por meio do indicador que relaciona tipo, tempo e intensidade da prática de AF no tempo livre e analisado o intervalo de confiança (IC) de 95%. **Resultados:** o estudo atual revelou, no conjunto das 27 cidades, que a prevalência da prática de AF no tempo livre entre os homens foi maior que entre as mulheres, sendo que a frequência tende a diminuir com o aumento da idade e a aumentar com o nível de escolaridade. Mulheres negras e pardas praticam menos AF que brancas. Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas. Obesos, tanto homens quanto mulheres, praticam menos AF. **Conclusões:** foram apresentadas as prevalências da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras e conhecê-las permite melhor planejamento das ações de promoção de saúde para o enfrentamento das DCNTs.

Palavras-chave: Atividade Física; Prevenção de Doenças; Promoção da Saúde.

ABSTRACT

***Introduction**: In the world and in Brazil, noncommunicable diseases and diseases (NCDs) grow considerably and health promotion actions are the best forms of preventio, highlighted by the practice of regular physical activity (PA). **Objective**: To describe the prevalence of PA in leisure time in in adults Brazilian capitals. **Methods**: Data from the National System for Surveillance of Chronic Diseases by Telephone Inquiry (VIGITEL) for the year 2013 were analyzed in a sample of 54,000 adults in the Brazilian capitals. The prevalence was verified through the indicator that related type, time and intensity of the practice of PA in free time and analyzed the Confidence Interval (CI) of 95%. **Results**: The current study showed that, in all 27 cities, the prevalence of PA in free time in men was higher than in women, with frequency tending to decrease with increasing age and increasing with level of schooling. Black and brown women practice less PA than white women. Having a health plan empowers people to be more active. Obeses, both men and women practice less PA. **Conclusions**: The prevalence of PA during leisure time in adults in Brazilian capitals was presented and knowing them allows a better planning of the health promotion action and the confrontation of the NCDs.*

***Key words**: Physical Activity; Disease Prevention; Health Promotion.*

Instituição:
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte, MG – Brasil

Autor correspondente:
Rony Carlos Rodrigues Las Casas
E-mail: ronylascasas@gmail.com

INTRODUÇÃO

Em todo o mundo e no Brasil, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morbimortalidade, correspondendo, respectivamente, a 63 e 72,4% das causas de morte a cada ano.[1-3] As DCNTs são o resultado da vida moderna, da urbanização, da globalização, com mudanças nos estilos de vida, adotando hábitos sedentários e alimentação inadequada, com predomínio de gorduras, açúcares, alimentos ultraprocessados e industrializados, redução do consumo de alimentos preparados no domicílio.[4,5]

Entre os determinantes das DCNTs são descritos fatores socioeconômicos, culturais e ambientais, fatores de risco não modificáveis (sexo, idade e herança genética); e fatores de risco comportamentais (tabagismo, alimentação, inatividade física, consumo de álcool e outras drogas).[3,5] Existem sólidas evidências de que ações de promoção à saúde, prevenção e cuidado podem deter essas doenças.[5,6]

A prática da atividade física (AF) é importante para a prevenção das DCNTs e pode ser entendida como qualquer movimento corporal realizado pelos musculoesqueléticos que resultem em gasto energético maior que os níveis de repouso e é dividida em quatro tipos: lar, trabalho, deslocamento e tempo livre.[7] A atividade física regular pode agregar inúmeros benefícios à saúde na melhora da resistência cardiorrespiratória, da composição corporal, da força, da resistência muscular, da flexibilidade, na coordenação e no tempo de reação.[4,8,9] Outros benefícios descritos seriam o controle da pressão arterial, do diabetes, a redução do colesterol total, do câncer de mama e de cólon, sendo importante para a redução do estresse e da depressão, entre outros.[4,8] Conforme estimativa, morrem 3,2 milhões de pessoas a cada ano devido à inatividade física.[10]

Entre 20 e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade, em especial as DCNTs, estão relacionadas a pessoas que são insuficientemente ativas.[8]

Para a prevenção das DCNTs, a Organização Mundia da Saúde (OMS) recomenda aos adultos 150 minutos semanais de AF moderada ou 75 minutos semanais de AF intensa.[8,11] O monitoramento populacional dos níveis de AF é algo recente no mundo e ainda concentrado nos países desenvolvidos.[12] O Brasil implantou seu monitoramento domiciliar desde 2002 e por telefone desde 2006.[13,14]

Desde 2006 foi implantado o Sistema Nacional de Vigilância de Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL)[15] em todas as 26 capitais dos estados brasileiros e no Distrito Federal, que tem como objetivo o monitoramento contínuo de alguns fatores de risco de DCNT na população adulta (≥ 18 anos). Entre os indicadores monitorados, destacam-se os indicadores de AF no tempo livre, de AF no deslocamento, de inatividade física em quatro domínios (lazer, trabalho, deslocamento e atividades domésticas) e de tempo assistindo à TV.[15] O monitoramento de indicadores da AF em âmbito populacional é essencial para subsidiar e apoiar políticas e ações de promoção à saúde e prevenção de doenças.

Este artigo descreve a prevalência da prática da atividade física no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras.

MÉTODO

Foram analisadas informações do VIGITEL em inquérito telefônico realizado no ano de 2013 na população adulta (≥ 18 anos de idade) das capitais dos estados brasileiros e do Distrito Federal. O VIGITEL utiliza amostras probabilísticas da população adulta a partir do cadastro das linhas de telefone fixo das cidades. Foram realizadas cerca de 54.000 entrevistas, sendo aproximadamente 2.000 em cada capital, em amostras probabilísticas das linhas residenciais ativas elegíveis.

Foram utilizados pesos pós-estratificação a cada indivíduo entrevistado pelo VIGITEL, visando igualar a composição sociodemográfica estimada para a população de adultos de cada capital. São atribuídos pesos para corrigir o número de linhas telefônicas no domicílio e o número de indivíduos no domicílio, além de pesos visando igualar a composição sociodemográfica da população total e da população com telefone como: sexo, faixa etária e nível de instrução.

O VIGITEL usa pesos de pós-estratificação para adequar as estimativas populacionais aos dados do censo populacional. O questionário do VIGITEL engloba aproximadamente 94 questões, divididas em módulos: características demográficas e socioeconômicas dos indivíduos; padrão de alimentação e atividade física; peso e altura referidos; morbidade referida, entre outros.[15]

O desfecho analisado foi a prática de AF no tempo livre avaliada por meio do indicador: percentual de adultos que praticam atividade física recomendada no tempo livre. O cálculo se dá pelo número de indivíduos que praticam pelo menos 150 minutos semanais de AF de intensidade leve ou moderada ou pelo menos 75 minutos semanais de atividade física de intensidade vigorosa/número de indivíduos entre-

vistados, independentemente do número mínimo de dias na semana para a prática da atividade física.[8]

São apresentadas as prevalências de AF no tempo livre, segundo características sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, raça/cor, ter plano de saúde, ter sobrepeso e obesidade. Para o processamento dos dados e análises estatísticas utilizaram-se o aplicativo "Stata" versão 12.1[16] e intervalo de confiança (IC) de 95%. Este estudo foi aprovado pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CoNEP) 13.081/2008 e 355.590 de 2013.

RESULTADO

No conjunto das 27 cidades, a prevalência da prática de atividade física no tempo livre equivalente a 150 minutos de atividade moderada ou 75 minutos de atividade intensa por semana foi de 33,8% (IC95% 33,00-34,60), sendo maior entre homens 41,2% (IC95% 39,90-42,60) do que entre mulheres 27,4% (IC95% 26,5-28,3). A frequência dessa condição tendeu a diminuir-se com o aumento da idade – 49,7% (IC95% 47,4-51,9) para 18 a 24 anos; 39,3% (IC95% 37,4-41,2) entre 25 e 34 anos; e chegando a 22,3% (IC95% 20,7-23,9) para 65 anos e mais.

Os níveis de AF aumentam com o nível de escolaridade, independentemente do sexo. Os homens com alto nível de escolaridade estão com 54,3% (IC95% 51,8-56,8) e as mulheres com 38,4% (IC95% 36,5-40,4).

Em relação à raça/cor não existem diferenças entre homens e mulheres. Apenas as mulheres de cor branca são mais ativas 30,5% (IC95% 28,9-32,0) do que as de raça negra 23,0% (IC95% 20,3-25,7) e parda 25,6% (IC95% 24,0-27,0).

Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas – 39,3% (IC95% 38,1-40,4) – em comparação às que não possuem 28,8% (IC95% 27,7-29,9).

As pessoas classificadas com base no índice de massa corporal (IMC) como estróficas ou em sobrepeso (essas duas categorias não se diferem entre si) são mais ativas, respectivamente, 34,6% (IC95% 33,4-35,7) e 35,9% (IC95% 34,6-37,4) do que as classificadas como obesas 27,3 (IC95% 25,4-29,0).

Tabela 1 - Prevalência de adultos (≥ de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre (150 minutos por semana) segundo sexo. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2013

Variáveis	Total			Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Total	*33,8*	*33*	*34,6*	*41,2*	*39,9*	*42,6*	*27,4*	*26,5*	*28,3*
Idade (anos)									
18 a 24	49,70	47,41	51,99	63,55	60,42	66,67	34,51	31,54	37,49
25 a 34	39,28	37,39	41,17	48,05	45,12	50,98	30,66	28,32	33,00
35 a 44	29,58	27,90	31,26	34,20	31,30	37,11	25,86	23,92	27,79
45 a 54	27,34	25,70	28,97	29,48	26,75	32,22	25,63	23,65	27,61
55 a 64	26,64	24,86	28,42	28,47	25,48	31,47	25,35	23,17	27,54
65 e mais	22,34	20,71	23,96	26,23	23,33	29,13	19,87	17,92	21,81
Escolaridade (anos)									
0 a 8	22,02	20,76	23,28	25,10	23,00	27,20	19,31	17,84	20,79
9 a 11	37,18	35,89	38,46	48,40	46,36	50,44	27,26	25,77	28,74
12 e mais	45,41	43,84	46,98	54,30	51,79	56,82	38,44	36,50	40,38
Raça/cor (a)									
Branco	35,48	34,20	36,75	41,75	39,64	43,87	30,48	28,93	32,03
Preto	32,11	29,58	34,64	41,78	37,53	46,03	23,03	20,34	25,73
Pardo	33,99	32,65	35,32	43,63	41,40	45,86	25,57	24,07	27,06
Plano de saúde									
Sim	39,27	38,11	40,44	47,12	45,20	49,03	32,91	31,50	34,32
Não	28,81	27,72	29,90	36,18	34,35	38,01	22,22	20,98	23,45

Continua…

... continuação

Tabela 1 - Prevalência de adultos (≥ de 18 anos) que praticavam atividade física suficiente no tempo livre (150 minutos por semana) segundo sexo. Conjunto da população das capitais dos estados brasileiros e Distrito Federal. VIGITEL, 2013

Variáveis	Total			Masculino			Feminino		
	%	IC95%		%	IC95%		%	IC95%	
Índice de Massa Corporal									
Normal	34,59	33,42	35,75	42,62	40,59	44,65	28,68	27,34	30,02
Sobrepeso	35,97	34,57	37,36	43,17	41,01	45,32	28,29	26,59	29,98
Obesidade	27,27	25,48	29,05	33,41	30,42	36,40	22,03	19,95	24,11

Notas: Percentual ponderado para ajustar a distribuição sociodemográfica da amostra VIGITEL à distribuição da população adulta de cada cidade projetada para o ano de 2012 (ver Aspectos Metodológicos). VIGITEL: Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico.
Excluídas as categorias cor da pele amarela, vermelha, não sabe e não quis informar.

DISCUSSÃO

A prática de atividade física ocorreu em mais de um terço da população brasileira, sendo maior entre homens do que entre mulheres. A frequência tende a diminuir com o aumento da idade, de forma mais acentuada entre os homens e a aumentar com o nível de escolaridade. Mulheres negras e pardas praticam menos atividade física que brancas. Possuir plano de saúde oportuniza as pessoas a serem mais ativas. Obesos tanto homens e mulheres praticam menos AF.

Este estudo revelou que homens foram mais ativos que as mulheres durante o seu tempo de lazer, o que é compatível com a literatura.[8,17,18]

A AF mostra declínio gradual com o aumento da idade.[15,19] Jovens são mais ativos no tempo livre, em especial homens de 18 a 24 anos, quase dois terços de 25 a 34 anos. Podem contribuir com o fato de fazerem atividades esportivas coletivas, mais tempo livre, menos engajamento no trabalho. Ao contrário, dos idosos que são menos ativos, e entre os quais, apenas cerca de um quinto do total relatam AF. A vida ativa na velhice favorece a qualidade de vida, a força e o tônus muscular, previne quedas, além de prevenir DCNT, melhora a socialização e efeitos positivos sob a saúde mental, como a prevenção da depressão.[8]

A literatura refere que indivíduos com mais escolaridade e renda são mais ativos no lazer.[19-23] Isso também foi encontrado na presente pesquisa em relação à escolaridade, tanto homens quanto mulheres com mais escolaridade são quase duas vezes mais ativos no tempo livre. As mulheres da cor branca praticam mais AF no tempo livre que as negras e pardas, que podem ter menos escolaridade, tempo e renda. Os estudos informam que mais conhecimento sobre os benefícios da atividade física motivam mais à prática. Além disso, o acesso a recursos, espaços e tempo disponível também aumentam as prevalências. Esse padrão é descrito no Brasil e em outros países desenvolvidos.[12,22] De maneira inversa, indivíduos de baixa renda e pouca escolaridade têm mais frequência de atividades relacionadas ao trabalho vigoroso e deslocamento para o trabalho.[21]

Possuir plano de saúde é considerado *proxy* de alta renda e o comportamento de quem tem plano tende a ser semelhante ao das pessoas com mais renda e escolaridade.[24]

A obesidade resulta em desequilíbrio energético, com alto consumo de energia e redução do gasto energético, sendo a atividade física considerada importante fator etiológico.[25] Diversos estudos, tanto no Brasil[26] quanto em outros países[27,28], também mostraram associação positiva entre obesidade e AF insuficiente. Este estudo obteve menor prevalência de AF entre os obesos. Embora seja amplamente conhecida e recomendada a prática de AF em indivíduos obesos, para a redução do peso e pelos benefícios diretos à saúde, nem sempre é fácil incorporar à prática.[8] Indivíduos com sobrepeso podem estar mais estimulados e podem apresentar melhor condição física, mais aptidão para incorporar a AF. Entretanto, entre indivíduos obesos, torna-se mais complexo e, na maioria dos casos, falta condicionamento físico, o que pode dificultar a prática.

Entre os limites do estudo, trata-se de corte transversal, tendo-se qye a possibilidade de causalidade reversa impede constatações de causa e efeito. Além disso, é um estudo descritivo, não sendo realizadas analises de associação ajustada por outras variáveis sociodemograficas. As medidas foram feitas por meio de informação autorreferida, que poderia superestimar a atividade física por ser esta uma prática considerada desejável.

CONCLUSÃO

Foram apresentadas as prevalências da prática da AF no tempo livre em adultos nas capitais brasileiras e conhecê-las permite melhor planejamento das ações de promoção de saúde para o enfrentamento das DCNTs. As políticas públicas de incentivo à AF ganham relevância nos programas de promoção da saúde.[23,29]A OMS considera que a redução da inatividade física tem grande impacto na redução das DCNTs, na saúde da população e na redução nos custos dos serviços de saúde.[8,23]

O Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Enfrentamento de DCNTs e estão inseridas ações para promover ambientes e espaços físicos para promover a AF, como a criação das academias da saúde.[2] As metas nacionais do plano e as metas globais do plano de DCNT da OMS incluem compromisso para desenvolver planos de ações e políticas para aumentar os níveis de atividade física em suas populações.[23] Entre as diretrizes nacionais propostas, citam-se: introduzir políticas que promovam atividade física nas escolas, nas comunidades; incentivar métodos ativos e seguros de transporte ativo no trabalho e para a escola; adaptar estruturas urbanas para facilitar a atividade física; criar espaços para atividades recreativas.[2,23]

Os programas de promoção de saúde devem ser como meta estimular a população a desenvolver e manter o hábito de praticar atividade física regular desde as idades mais jovens.[8] Mais oferta de espaços físicos e propiciar atividades físicas que possam ser desenvolvidas em grupos são estratégias importantes na diminuição da inatividade física, especialmente nos subgrupos populacionais socialmente menos favorecidos.[23]

REFERÊNCIAS

1. Schmidt MI, Duncan BB, Silva GA, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, *et al*. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011;377(9781):1949-61.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
3. Malta DC, Silva Júnior JB. Plano de ações estratégicas para enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Rev Epidemiol Serv Saúde. 2011;20(4):425-38.
4. World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Geneva: WHO; 2004.
5. World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2010. Geneva: WHO; 2011.
6. Alwan A, MacLean DR, Riley LM, d´Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, *et al*. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet. 2010;376(9755):1861-8.
7. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. Public Health Reports. 1985;100(2):126-31.
8. World Health Organization. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010.
9. Nieman DC. Exercício e saúde. São Paulo: Manole; 1999.
10. World Health Organization. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Genova: WHO; 2009.
11. US Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans. Washington, DC: Department of Health and Human Services; 2008.
12. Hallal P, Andersen LB, Bull F, Guthald R, Haskell W, *et al*. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls and prospects. Lancet. 2012;380(9838):20-30.
13. Instituto Nacional de Câncer - INCA. Inquérito domiciliar sobre comportamento de risco e morbidade referida de doenças e agravos não transmissíveis: Brasil, 15 capitais e Distrito Federal, 2002-2003. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2007: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2007.
15. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. VIGITEL Brasil 2012: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
16. Stata Corporation. Stata Statistical Software: Release 12.1. USA: College Station TX; 2012.
17. Burton NW, Turrell G. Occupation, hours worked, and leisure-time physical activity. Prev Med. 2000;31(6):673-81.
18. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U, *et al*. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. Lancet. 2012;380(9838):247-57.
19. Malta DC, Andrade S, Santos M, Rodrigues G, Mielke G. Tendências dos indicadores de atividade física em adultos: conjunto de capitais do Brasil 2006-2013. Rev Bras Atividade Física Saúde. 2015;20(2):141-9.
20. Monteiro CA, Conde WL, Matsudo SM, Matsudo VR, Bonseñor IM, Lotufo PA. A epidemiologia descritiva da atividade física de lazer no Brasil, 1996-1997. Rev Panam Salud Publica. 2003;14:246-54.
21. Hallal PC, Victora CG, Wells JCK, Lima RC. A inatividade física: prevalência e fatores associados em adultos brasileiros. Med Sci Sports Exerc. 2003;38:1894-900.
22. Pomerleau J, M McKee, Robertson A, Vaasc S, Kadziauskiene K, Abaravicius A, *et al*. A inatividade física nos Países Bálticos. Prev Med. 2000;31:665-72.

23. World Health Organization. Global status report on non communicable diseases 2014. Geneva: WHO; 2014.
24. Malta DC, Bernal RTI. Comparison of risk and protective factors for chronic diseases in the population with and without health insurance in the Brazilian capitals, 2011. Rev Bras Epidemiol. 2014;17:241-55.
25. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Geneva: WHO; 2000.
26. Robert B, Bonita R, Horton R, Ezzati M, Bhala N, Amuyunzu-Nyamongo M, *et al*. Measuring progress on NCDs: one goal and five targets. Lancet. 2012; 380(9850):1283-5.
27. Centers for Disease Control. Adult participation in recommended levels of physical activity - United States, 2001 and 2003. MMWR. 2005;54(47):1208-12.
28. Azevedo MR, Araujo CL, Reichert FF. Gender differences in leisure-time physical activity. Int J Public Health. 2007;52(1):8-15.
29. Malta DC, Silva JB. Policies to promote physical activity in Brazil. Lancet. 2012;380(9838):195-6.